



## Depresja a patologia osobowości w ujęciu psychodynamicznym

*Depression and abnormal personality in a psychodynamic perspective*

KATARZYNA PONIATOWSKA-LESZCZYŃSKA<sup>1</sup>, KRZYSZTOF MAŁYSZCZAK<sup>2</sup>

1. Krakowskie Centrum Psychodynamiczne, Poznań

2. Zakład Psychoterapii i Chorób Psychosomatycznych, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

### STRESZCZENIE

**Cel.** Artykuł ukazuje zależność między natężeniem patologii osobowości a głębokością zaburzeń depresyjnych. Wiąże objawy depresyjne z jakością struktur i procesów psychicznych, od których zależy rozumienie dynamiki depresji i jej leczenie.

**Poglądy.** Myślenie psychodynamiczne o zaburzeniach depresyjnych wychodzi od strukturalnej diagnozy osobowości. Poziom organizacji osobowości można określić na podstawie oceny podstawowych jakości psychicznych, takich jak: tożsamość, mechanizmy obronne, testowanie rzeczywistości, rodzaj relacji z obiektem, funkcjonowanie moralne. Wszelkie objawy pacjenta i decyzje dotyczące farmakoterapii, interwencji pomocowych, terapii rozpatrywane są przez pryzmat diagnozy strukturalnej. Artykuł pokazuje powiązanie modelu patologii osobowości Kernberga z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji DSM-IV.

**Wnioski.** Depresja rozumiana jest jako reakcja na utratę obiektu. Im patologia osobowości jest mniejsza, tym bardziej stany depresyjne dotyczą realnej utraty a przeżywanie depresyjne zawiera więcej odniesień do rzeczywistości. Chociaż w ujęciu objawowym zaburzenia depresyjne u osób z różnymi patologiami osobowości wyglądają podobnie, mogą być związane z różnymi procesami psychicznymi.

### SUMMARY

**Objective.** This article shows the interrelation between the level of abnormality in personality and severity of depressive disorders. It correlates depressive symptoms with the quality of psychological structure and processes that determine our understanding of the dynamic of depression and its treatment.

**View.** Psychodynamic view on depressive disorder is based on the structural personality diagnosis. According to the evaluation of basic psychological qualities such as: identity, defense mechanisms, reality testing, character of object relations, moral functioning allows us to determine level of personality organization. All of our patients' symptoms, along with the decisions about pharmacotherapy, other helping interventions, psychotherapy must be considered based on the structural diagnosis. This article presents the interrelation between Kernberg's abnormal personality model and the diagnostic criteria of DSM-IV.

**Conclusion.** Depression is understood as the reaction to object loss. The lower the level of abnormality in personality, the more the depressive states are connected to the genuine loss, and depressive symptoms have more references to the reality. Although in symptomatic perspective, the depressive disorder in people with different personality disorders may seem alike, the symptoms are the result of different psychological processes.

---

**Słowa kluczowe:** depresja / psychoterapia psychodynamiczna / diagnoza osobowości

**Key words:** depression / psychodynamic psychotherapy / personality diagnosis

---

Według doniesień Światowej Organizacji Zdrowia, depresja obok choroby niedokrwiennej serca będzie główną przyczyną niepełnosprawności społeczeństwa w 2020 r. [1]. Obecnie jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym [2]. Definicje objawowe zaburzeń depresyjnych zawarte w klasyfikacjach DSM-IV-TR i ICD-10 są prawie identyczne, opierają się na wyróżnionych objawach głównych: obniżeniu

nastroju, anhedonii i utracie zainteresowania oraz kilku objawach dodatkowych [3, 4]. Na temat etiologii depresji napisano wiele, jednak do dnia dzisiejszego nie jest dostatecznie wyjaśniona. Z ostatnich doniesień najbardziej przekonujące są prace Kendlera wykazujące, że depresja powstaje m.in. w wyniku interakcji pomiędzy czynnikami osobowościowymi oraz obciążającymi zdarzeniami życiowymi [5].

W praktyce klinicznej patologię osobowości można poznać dosyć dokładnie, co pozwala na poszukiwanie związków pomiędzy strukturą osobowości a stanami depresyjnymi.

Patologia osobowości związana jest ze sztywnymi (dysfunkcjonalnymi) wzorcami przeżywania i zachowania, znacznie utrudniającymi życiową adaptację. Często towarzyszą im rozmaite zaburzenia psychiczne: stany depresyjne, lękowe, psychotyczne, zaburzenia pod postacią somatyczną, zaburzenia behawioralne oraz uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Według kryteriów diagnostycznych DSM-IV-TR [3] zaburzenia osobowości są definiowane w sposób następujący:

- A. Utrwalony wzór wewnętrznego przeżywania i zachowania, który znacznie odbiega od kulturowych oczekiwań wobec danej osoby. Przejawia się w dwóch lub więcej obszarach: (1) poznanie (sposób spostrzegania, interpretowania siebie, innych osób i zdarzeń), (2) afektywność (rozpiętość, intensywność, zmienność i dostosowanie reakcji interpersonalnych), (3) funkcjonowanie interpersonalne, (4) kontrola impulsów.
- B. Wzór ten jest nieelastyczny i ujawnia się w szerokim zakresie sytuacji osobistych i społecznych.
- C. Utrwalony wzór prowadzi do istotnego klinicznie cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych dziedzinach funkcjonowania.
- D. Wzór jest stabilny i długotrwały, a jego początek można prześledzić wstecz co najmniej do wieku dorostania lub wczesnej dorosłości.

Im większe nasilenie patologii osobowości, tym sztywniejsze, bardziej dezadaptacyjne i zakłócające funkcjonowanie życiowe, zachowanie. Łagodne, podprogowe zaburzenia struktury osobowości w łatwej sytuacji życiowej nie utrudniają adaptacji, natomiast w trudnych, obciążających emocjonalnie sytuacjach przybierają formę zaburzeń psychicznych. Pewne informacje o tym jak może wyglądać patologia osobowości można odnaleźć w klasyfikacji DSM-IV-TR, która dzieli zaburzenia osobowości na 3 grupy (skupienia) charakteryzujące się:

- A. Dziwacznością, ekscentrycznością i skłonnością do myślenia psychotycznego (osobowość paranoiczna, schizoidalna i schizotypowa).
- B. Teatralnością, nieobliczalnością, zmiennością oraz nadmierną emocjonalnością (osobowość narcystyczna, borderline, histrioniczna i dysocjalna).
- C. Niepokojem i bojaźliwością (osobowość unikająca, zależna i obsesyjno-kompulsyjna).

Wyróżniane są także: osobowość depresyjna i bierno-agresywna (negatywistyczna) – do dalszych badań, bez próby grupowania i ogólnego opisywania.

W takim podziale typologia zaburzeń osobowości jest zbliżona do modelu patologii osobowości przedstawionego przez psychoanalityka Otto Kernberga. Poza zbieżnym z kryteriami diagnostycznymi DSM-IV-TR opisem cech zaburzenia Kernberg [6, 7] uzupełnia opis patologii osobowości o określenie strukturalnej organizacji stanowiącej podłoże właściwości opisowych i teoretyczne wyjaśnienie dynamiki procesów psychicznych pacjenta. Dlatego jego podejście określane jest jako psychodynamiczne.

Wyróżnia on trzy podstawowe poziomy patologii osobowości [8]: neurotyczny, pograniczny (*borderline*) i psychotyczny. Najwyżej zorganizowaną strukturą zapewniającą zintegrowaną tożsamość i dojrzałe mechanizmy obronne jest struktura neurotyczna, najsłabszą organizację ujawnia struktura psychotyczna, natomiast struktura pograniczna charakteryzuje się wykorzystywaniem zarówno dojrzałych, jak i prymitywnych obron, mieszcząc się pomiędzy pozostałymi dwoma strukturami (organizacjami). Warto zaznaczyć, że u osób neurotycznych również występują prymitywne mechanizmy obronne, natomiast pacjenci psychotyczni dojrzałych obron nie wykształcili.

Nancy McWilliams wyróżnia cztery poziomy struktury osobowości: psychotyczny, borderline, neurotyczny, zdrowy [9]. Poza poziomami rozwoju osobowości określa także „typ charakteru” (np. paranoidalny, depresyjny, schizoidalny) zależny od przyjętego stylu obronnego. Opis osobowości według McWilliams jest krzyżówką poziomu patologii i typu charakteru np. poziom borderline – typ depresyjny. Stany depresyjne mogą pojawiać się w każdej patologii jednak mają różny charakter. Podobnie jak Kernberg, Nancy McWilliams uważa, że nie można zrozumieć istoty osobowości człowieka bez uwzględnienia poziomu rozwojowego struktury osobowości. Patogeneza zaburzeń depresyjnych zależy od struktury osobowości. Inna jest u osoby z neurotyczną organizacją osobowości, inna w przypadku osobowości ze strukturą pograniczną.

Artykuł koncentruje się na depresji w patologii osobowości, uwzględniając neurotyczny i pograniczny poziom organizacji osobowości (wyższy i niższy) opisywane przez Kernberga i jego współpracowników [6, 7]. Ze względu na rozległość zagadnienia, rozumienie objawów depresyjnych u pacjentów psychotycznych w tym artykule nie będzie rozwijane.

## PODEJŚCIE STRUKTURALNE

Ujęcie strukturalne opiera diagnozę patologii osobowości na jakości podstawowych struktur i procesów psychologicznych. Pojęcie struktur odnosi się do zestawu względnie stałych elementów funkcjonowania psychicznego w sposób powtarzalny aktywizujących się w określonych sytuacjach. Stanowią rodzaj psychicznego „szkieletu” organizującego subiektywne doświadczenie i zachowanie w określony, charakterystyczny sposób. W obszarze neurobiologii poznawczej struktury psychiczne mogą być związane z poszczególnymi obwodami neuronalnymi lub sieciami asocjacyjnymi [6]. Organizacja struktur psychicznych jest dosyć stabilna w czasie. O ich naturze możemy wnioskować poprzez obserwację, analizując wpływ tych struktur na takie aspekty funkcjonowania jak: zachowanie, subiektywne przeżycia, relacje interpersonalne. Poziom organizacji osobowości określa jakość takich struktur i procesów psychicznych jak: tożsamość, dominujący typ mechanizmów obronnych, testowanie rzeczywistości, jakość relacji interpersonalnych, funkcjonowanie moralne [6, 7].

Jedną ze struktur psychicznych jest poczucie tożsamości. Tożsamość odpowiada zarówno subiektywnemu doświadczeniu i poczuciu siebie, jak i sposobom doświadczenia innych znaczących osób [10]. Poczucie siebie i innych są ściśle ze sobą powiązane. Prawidłowo ukształtowana tożsamość umożliwia całościowy, pogłębiony, stabilny w czasie i kontekście, realistyczny sposób przeżywania siebie i otoczenia [7]. Odpowiada za zdolność trafnego spostrzegania stanów emocjonalnych i zachowań innych osób, angażowania się w długoterminowe aktywności sprzyjające zawodowym, poznawczym, interpersonalnym korzyściom. Pozwala na określanie granic między jednostką a otoczeniem, odróżniając przeżycia własne od cudzych. Umożliwia precyzowanie subiektywnych opinii, poglądów, wartości. Tworzy stałe zasoby do których można się odnieść w czasie zewnętrznej, bądź wewnętrznej destabilizacji, w warunkach wystąpienia stresu.

Mechanizmy obronne są automatyczną, psychologiczną odpowiedzią jednostki na stres czy konflikt emocjonalny. Poziom integracji tożsamości wpływa na jakość dominujących mechanizmów obronnych, im większy, tym obrony są bardziej elastyczne, adaptacyjne, mniej zniekształcają odbiór rzeczywistości [8]. Mechanizmy obronne chronią przed lękiem [11] i psychicznym cierpieniem. Dojrzałość owych mechanizmów wpływa na możliwość elastycznego dostosowania swojego zachowania i przeżywania

w celu optymalnego rozwiązania konkretnej sytuacji. W przypadku przewagi mniej dojrzałych mechanizmów obronnych, jednostka sztywno i przymusowo powtarza dezadaptacyjne zachowania, mimo ich nieefektywności w danej sytuacji [11]. Mechanizmy obronne działają w służbie ego. Jest to opisana przez Freuda struktura psychiczna, której powstanie i rozwój napędza konieczność zaspokajania potrzeb organizmu w realnym świecie [12]. Jego podstawowa rola to godzenie wymagań organizmu z warunkami środowiskowymi, stąd pogląd, że działanie ego podlega zasadzie rzeczywistości. Ego, między innymi poprzez wykorzystanie mechanizmów obronnych adaptuje jednostkę do otoczenia, kontroluje funkcje poznawcze i intelektualne. Podejmuje decyzje o działaniu, określa, które popędy, pragnienia zostaną zrealizowane i w jaki sposób.

Testowanie rzeczywistości to uznawanie ogólnie przyjętych poglądów na temat rzeczywistości. Utrata ogólnego testowania rzeczywistości dotyczy osób o głęboko zaburzonej i psychotycznej osobowości. Kernberg opisuje natomiast bardziej subtelne trudności w tzw. społecznym testowaniu rzeczywistości [6]. Testowanie rzeczywistości społecznej umożliwia odczytywanie sygnałów społecznych, ich rozumienie i właściwe temu rozumieniu reagowanie w sytuacjach interpersonalnych. Nieprawidłowe interpretowanie sygnałów społecznych wzmaga lęk, może aktywizować postawę dystansu do otoczenia, blokując możliwość korzystania ze społecznego wsparcia i prowokując nieprzystosowawcze sposoby radzenia sobie.

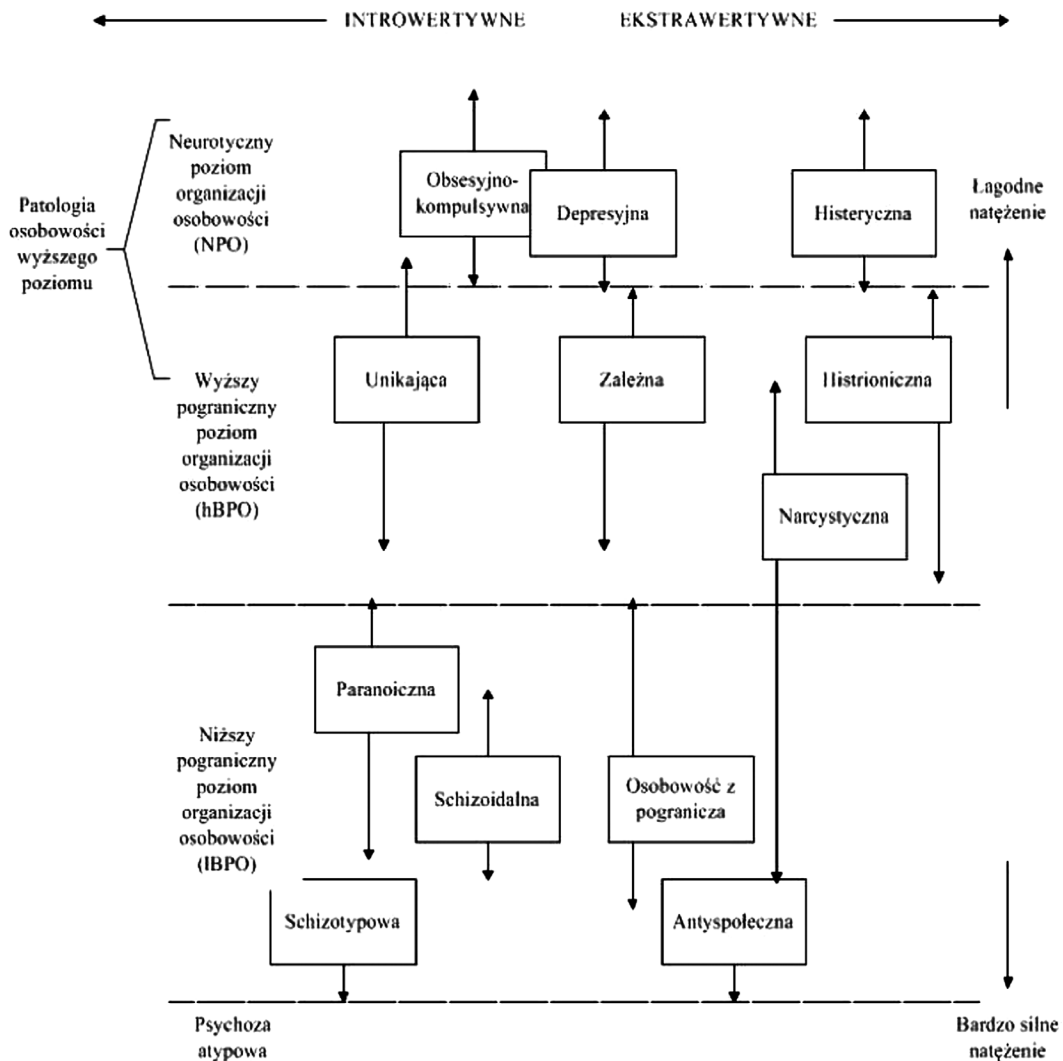
Jakość relacji z obiektem uwzględnia naturę relacji interpersonalnych. Teoria relacji z obiektem zakłada uwewnętrznienie wczesnych wzorców relacji z obiektem i wpływu jakości tych internalizacji na psychologiczny rozwój i funkcjonowanie człowieka [13]. Jakościowo dobra wewnętrzna reprezentacja relacji z obiektem pozwala na tworzenie stabilnych, względnie satysfakcjonujących relacji z innymi, tworzenie społecznej sieci wsparcia i korzystania z niej w sytuacjach stresu.

Funkcjonowanie moralne w przypadku zdrowej osobowości stanowi kompas moralny – spójny, elastyczny, zintegrowany z poczuciem Ja, oparty na przywiązaniu do ideałów, wartości rodzinnych i kulturowych. To, co różni funkcjonowanie moralne osób zorganizowanych neurotycznie od zdrowych, to sztywność moralna widoczna np. w ocenianiu siebie i otoczenia stale według zbyt wysokich standardów, zdręczanie się pokusami czy przesadny samokrytycyzm. Poziom pograniczny organizacji osobowości prezentuje różny poziom patologii

w funkcjonowaniu moralnym. Występują pacjenci o względnie dojrzałym aczkolwiek sztywnym i surowym funkcjonowaniu moralnym. Na drugim końcu kontinuum plasują się jednostki (osobowości antyspołeczne, ciężka patologia narcystyczna) pozbawione moralnego drogowskazu, niezdolne do przeżycia poczucia winy [6]. Funkcjonowanie moralne jest obserwowalnym przejawem funkcjonowania superego, które stanowi intrapsychiczną, znaczącą i złożoną formację strukturalną [14] w przeważającej części nieświadomą [15]. Wraz z rozwojem aparatu psychicznego formuje się w autonomiczny system regulacji zachowania, procesów emocjonalnych i umysłowych. Kernberg opierał swoje rozumienie superego na koncepcji rozwiniętej przez Edith Jacobson, która opisywała superego jako złożony system funkcjo-

nalny [14]. W przedstawianym schemacie diagnozy strukturalnej nacisk kładziony jest jednak nie na skomplikowaną i abstrakcyjną strukturę superego a behawioralny, emocjonalny i umysłowy przejaw jej ekspresji. Tak jak o rozwoju ego możemy wnioskować m.in. na podstawie oceny dojrzałości stosowanych mechanizmów obronnych czy sposobu testowania rzeczywistości, tak funkcjonowanie moralne odzwierciedla poziom integracji superego [8].

Jakości wymienionych procesów i struktur określały patologię osobowości i według Kernberga [6, 7] można wyróżnić dwa podstawowe poziomy organizacji osobowości: neurotyczny poziom organizacji osobowości (NPO – *neurotic level of personality organization*) oraz pograniczny poziom organizacji osobowości (BPO – *borderline level of personality organization*).



Rycina 1. Zależność między poziomem organizacji osobowości a diagnozą zaburzenia z osi II DSM IV-TR [wg 6].

Figure 1. The relationship between the level of personality organization and the diagnosis of personality disorders on Axis II of DSM-IV-TR [after 6].

Charakterystyczna dla neurotycznego poziomu organizacji osobowości jest nieprzystosowawcza sztywność osobowości, przy jednocześnie zintegrowanej tożsamości, przewadze dojrzałych mechanizmów obronnych, adekwatnym i nienaruszonym testowaniu rzeczywistości. Do tej grupy zaliczamy: obsesyjno-kompulsywne zaburzenia osobowości, depresyjne i histeryczne zaburzenia osobowości (pominięte w DSM-IV-TR) oraz kwalifikującą się do tego poziomu grupę pacjentów z osobowością unikającą. Natomiast do patologii osobowości wyższego poziomu, ale o wyższym pogranicznym, nieneurotycznym poziomie organizacji osobowości, mogą również zaliczać się osobowości unikające, zależne, histrioniczne i lepiej zorganizowani pacjenci narcystyczni. Patologia ta cechuje się bardzo dużą sztywnością osobowości, mieszanymi mechanizmami obronnymi, zarówno dojrzałymi (np. wyparcie), jak i prymitywnymi (np. rozszczepienie), lekką lub umiarkowaną patologią tożsamości, raczej nienaruszonym testowaniem rzeczywistości, niekonsekwentnym funkcjonowaniem moralnym i szansą na wzajemne (przynajmniej niektóre) relacje ze znaczącymi innymi. Niższy pograniczny poziom organizacji osobowości (odpowiadający w przybliżeniu grupie A klasyfikacji DSM-IV-TR) zawiera osobowości: schizotypową, paranoiczną, schizoidalną, osobowość z pogranicza i głębsze patologie narcystyczne aż do osobowości antyspołecznej. Różnice w porównaniu do wyższej organizacji pogranicznej polegają na głębiej zaburzonej relacji z obiektem (zorientowanych na zaspokojenie potrzeb), patologicznym funkcjonowaniu moralnym, możliwych przejściowych stanach psychotycznych, przewadze rozszczepienia i prymitywnych obron.

W przypadku osobowości zorganizowanej na poziomie neurotycznym psychopatologia jednostki koncentruje się wokół konfliktów psychicznych [7]. Dotyczą głównie ekspresji impulsów seksualnych, zależnościowych, rywalizacyjno-agresywnych, dążeń sadystycznych. Konflikt powstaje na bazie sprzecznych tendencji, pragnień, impulsów, trudnych do uświadomienia i przynajmniej czasowego rozwiązania dla osobowości. Kiedy do rozwiązywania konfliktu używane są mechanizmy inne niż sublimacja (mechanizm obronny polegający na przesunięciu popędu z nieosiągalnego celu, na inny zastępczy), zakłócone są rozwój i adaptacyjne funkcjonowanie osobowości [16], to mówimy o konflikcie neurotycznym. Mamy wtedy do czynienia z nieprzystosowawczą sztywnością osobowości, przy zachowanej integracji tożsamości, przewadze dojrzałych mechanizmów obronnych, adekwatnym i nienaruszonym testowaniu rzeczywistości.

U jednostek zorganizowanych na wyższym poziomie pogranicznym lęki dotyczą głównie bliskiego kontaktu, zależności, seksualności, samooceny. Funkcjonują zarówno dojrzałe (m.in. wyparcie), jak i prymitywne mechanizmy obronne (np. rozszczepienie). Wyparcie jest usunięciem ze świadomości myśli, uczuć, impulsów, fantazji zagrażających spójności jednostki. Wyparte treści istnieją, choć są niedostępne osobowości a ich represjonowanie wymaga ciągłego wydatkowania energii. Bazujące na wyparciu obrony radzą sobie z lękiem i zabezpieczają jednostkę przed słabo zintegrowanymi treściami. Natomiast w sytuacjach silnie wzbudzających lęk, dojrzałe obrony mogą zawieść [6], prowadząc do intensywnej nienawiści i nastawienia paranoicznego, które to epizody wydają się niespójne z ogólnym poziomem funkcjonowania psychicznego jednostki. Aktywizacja silnych konfliktów związanych z zależnością osłabia efektywne zazwyczaj obrony bazujące na wyparciu.

Organizacja osobowości na niższym poziomie pogranicznym jest zdominowana przez słabo zintegrowane, agresywne i destrukcyjne pragnienia oraz obrony przed nimi. Słabo zintegrowana agresja do obiektów wewnętrznych (psychicznych reprezentacji osób czy doświadczeń, np. z relacji z matką) nie jest wypierana ale w dużym stopniu dostępna świadomości. Gdy prymitywne mechanizmy obronne, takie jak rozszczepienie czy idealizacja zawiodą, agresywne relacje z obiektem wewnętrznym dominują świat przeżyć jednostki, przejawiając się jako negatywne stany afektywne [6]. Mechanizm rozszczepienia polega na całkowitym rozdzieleniu obiektów na całkiem dobre i całkiem złe [8]. Determinuje to sposób przeżywania siebie i innych na dwa sposoby, poprzez idealizację lub deprecjację. Według Kernberga [8] główną dynamiczną cechą organizacji osobowości niższego poziomu jest lęk, że słabo zintegrowane formy agresji zdominują pozytywne obszary doświadczenia. Rozszczepienie oddziela idealistyczne relacje z obiektem od zdewaluowanych, negatywnych. Dzieje się to kosztem psychicznej integracji, która ma potencjał łagodzenia agresji, dzięki jednoczesnemu doświadczaniu pozytywnych i negatywnych stanów afektywnych czy relacji z obiektem. Taka integracja wzmacnia tożsamość, testowanie rzeczywistości, poprawia relacje interpersonalne.

## ZABURZENIA DEPRESYJNE A PATOLOGIA OSOBOWOŚCI

W psychoanalizie ukształtowało się podejście do depresji jako reakcji na utratę (obiektu) [17]. Ojciec

psychoanalizy, Zygmunta Freuda opisywał naturę melancholii poprzez porównanie jej z naturalnym stanem żałoby [18]. W sytuacji fizjologicznej żałoby utracony obiekt (np. osoba) jest sytuowany wewnątrz ego (wewnątrzpsychiczna struktura, podlegająca świadomej kontroli). Jest to sytuacja, w której postać ukochanej osoby cały czas staje przed oczami prowokując ból utożsamiający stratę [19]. Świadomość wartości brakującej osoby lub wartościowych zasobów, które wraz z nią zostały utracone, prowokuje próbę odnalezienia ich w dostępnej rzeczywistości zewnętrznej, np. w innych relacjach interpersonalnych. Libido (energia psychiczna) jest przemieszczana na żyjące osoby a zmarły zostaje utrwalony w postaci wspomnienia. To co utracone zostaje odnalezione, kończąc proces żałoby. Depresja będzie natomiast reaktywacją związku z obiektem przy braku zgody na rozstanie. Utracony obiekt [18] zostaje osadzony we wnętrzu podmiotu (w ego). Ego częściowo lub całkowicie identyfikuje się z nim, w pewien sposób utrzymując go przy życiu. Nie inwestuje energii psychicznej w inne zewnętrzne obiekty, które mogą skompensować zaistniały brak. Takie osoby nie utrzymują w pamięci utraconych obiektów, lecz identyfikują się z nimi.

Kontynuatorzy Freuda koncentrowali się na opisie funkcjonowania psychicznego dziecka i rozwojowych konceptualizacjach. Noworodek mając w doświadczeniu jedynie stan funkcjonowania prenatalnego, przeżywa matkę jako część siebie i siebie jako część matki. W drugim półroczu życia zaczyna doświadczać własnej odrębności, co uaktywnia reakcję na stratę trzymającego go przy życiu obiektu matczynego. To, jak dziecko poradzi sobie z tym rozwojowym kryzysem wynika z jego wcześniejszego przeżywania relacji z matką, z jakości uwewnętrznionych aspektów rodzicielskich czyli wewnętrznych opiekuńczych obiektów [20], jak również z natężenia wrodzonej agresywności [10]. Obiekt wewnętrzny jest tu rozumiany jako wewnątrzpsychiczna reprezentacja osoby czy doświadczenia, np. doświadczenia z kontaktu z matką. Posługując się konkretnym przykładem, jeżeli matka będzie stale odraczać moment karmienia, głodne, sfrustrowane dziecko zacznie uwewnętrzniać taki frustrujący aspekt matki i relacji z nią. Prowadzi to do przeżywania matki jako obiektu z jednej strony zaspokajającego, z drugiej frustrującego. Frustracja i wynikająca z niej agresja związana z opóźnieniem karmienia stanie się trwałym elementem relacji z matczynym obiektem wewnętrznym. Im więcej niemowlę posiada dobrych wyobrażeń i doświadczeń, tym lepiej radzi sobie z lękiem separacyjnym i utratą, ponieważ mniej jest frustracja i związana z nią agresja.

Osoby z neurotyczną organizacją osobowości względnie dobrze poradziły sobie z pierwotną utratą i wyodrębnianiem siebie z symbiotycznej relacji z matką jako zadaniem rozwojowym. Zyskały tym samym nowe psychologiczne jakości i zasoby [20]: zdolność do tolerowania frustracji bez napadów gniewu, złości, wściekłości, zdolność do radzenia sobie z własną agresywnością bez konieczności destrukcyjnego kierowania jej na siebie (atak na wewnętrzne obiekty) i na otoczenie (atak na obiekt lub na więź z obiektem). Potrafią funkcjonować w stanie realnej samotności a przebywanie matki poza zasięgiem wzroku przestaje być sytuacją lękotwórczą i traumatyczną. Zasoby wewnętrznych, opiekuńczych obiektów sprawiają, że bycie w relacji do nich zastępuje rzeczywiste bycie w fizycznej bliskości rodzica. Więcej, kontaktowanie się ze sobą zaczyna być interesujące dla dziecka, umożliwiając dalszy rozwój odrębności i indywidualności. Przeżywa ono siebie całościowo [20], w ciągłości czasowej i relacyjnej, bez lęku i ciągłej potrzeby fizycznego kontaktu z innymi. Nieobecność matki przestaje być przeżywana agresywnie, ponieważ wewnętrzny, opiekuńczy obraz relacji z nią uspokaja, pozwala funkcjonować w samotności. Im zdrowsza osobowość (wyższy neurotyczny poziom organizacji osobowości), tym mniej destrukcyjne i łatwiej poddające się leczeniu objawy depresyjne.

Dla utrzymania dobrej samooceny, dobrego obrazu ludzi, ograniczenia samodeprecjacji, samodestrukcyjności korzystna jest synteza miłości i nienawiści czyli integracja dobrych i złych obiektów wewnętrznych [19, 20]. Poprzez przypisywanie światu dobrych aspektów (mechanizm projekcji) i uwewnętrznianie dobrych aspektów świata (mechanizm introjekcji) dziecko tworzy prewerbalny, pozytywny stosunek do otoczenia i do siebie. Umożliwia to korzystne poradzenie sobie z pierwotną utratą, paraliżującym lękiem separacyjnym czyli stanowi podwalinę dla rozwoju kolejnej ważnej w dynamice depresji struktury – struktury superego.

Superego to wewnętrzna reprezentacja wartości moralnych, ideałów, sumienia, rozumiana także jako pierwotna struktura psychiczna podlegająca sublimacji [8]. Jej rozwój odpowiada za samokontrolę, sposób przeżywania poczucia winy, krzywdy, samokaranie, samokrytykę. Osoby neurotyczne, podobnie jak osoby zdrowe, charakteryzują się stabilną tożsamością, nienaruszonym testowaniem rzeczywistości, głębokimi, wzajemnymi relacjami z obiektem [7]. To co naraża je na zaburzenia depresyjne, to sposób radzenia sobie z wewnętrzną konfliktowością, sztywne stosowanie mechanizmów obronnych oraz właśnie bardziej suro-

we i karzące superego. W obrazie depresyjności pacjenta neurotycznego, uniwersalnym więc problemem będzie konflikt między popędową agresywnością i seksualnością a zbyt surowym superego, przejawiającym się m.in. w rygorystycznym funkcjonowaniu moralnym [7]. Klasycznym neurotycznym rozwiązaniem takiej konfliktowej sytuacji będzie hamowanie i nieujawnianie na zewnątrz własnej agresywności. Agresywność będzie kierowana na siebie pod postacią obniżonego nastroju, poczucia winy, mniejszej samooceny, wycofywania się z aktywności rywalizacyjnych. Konflikt reaktywuje lęk przed przeżyciem i doświadczeniem straty (miłości obiektu, obrazu siebie). Konsekwencją neurotycznej nieumiejętności przynajmniej czasowego rozwiązywania konfliktów będzie zwiększony poziom lęku, depresyjności, mało satysfakcjonujący dla jednostki poziom funkcjonowania zawodowego, interpersonalnego oraz często objawy somatyczne. Dojrzałe rozwiązywanie sytuacji konfliktowych wymaga zmierzenia się i pogodzenia ze stratą czyli czasowego przeżycia depresyjnego i poradzenia sobie z nim, proces ten w przypadku osobowości neurotycznej jest przedłużony lub przewlekły, co prowadzi do długotrwałych stanów depresyjnych.

W pogranicznej organizacji osobowości przeplatają się ze sobą mieszane neurotyczne i psychotyczne jakości struktur i procesów psychicznych. Według Kernberga istotną różnicą między organizacją pograniczną wyższego i niższego poziomu jest rola agresji w psychologicznym funkcjonowaniu a co za tym idzie natężenie patologii relacji z obiektem [6]. Niektóre relacje z obiektem osób o wyższej pogranicznej organizacji mogą być wzajemne, podczas gdy u osób o niższej organizacji pokazują się jako zorientowane na zaspokajanie własnych potrzeb. Osoby o pogranicznej organizacji osobowości nie poradziły sobie efektywnie z doświadczeniem pierwotnej utraty, stąd częściowo tkwią we wcześniejszych rozwojowo, paranooidalnych i schizoidalnych lękach i procesach. Owa rozwojowa porażka wynika z dużego natężenia agresji na najwcześniejszych etapach rozwoju dziecka, powodowanej interakcją czynników wrodzonych i środowiskowych [6]. Dziecko osiąga pewne sukcesy w separowaniu się i odróżnianiu od matki – wystarczające, aby utrzymać granicę Ja, nie udaje mu się natomiast efektywnie zakończyć procesu separacji. Przejawia niepokój, lęk, stale kontroluje położenie matki. Według Kernberga dorośli pacjenci z patologią pograniczną wciąż na nowo przeżywają wczesnodziecięcy kryzys [10], funkcjonując w ciągłym lęku, że ich próby separacji od matki doprowadzą do jej zniknięcia lub niszczącego odwetu. W dorosłości nie

tolerują samotności i narażeni są na stale obecny lęk przed opuszczeniem.

Kolejny kłopot pogranicznej organizacji osobowości dotyczy integracji zarówno „złych”, jak i „dobrych” aspektów siebie i otoczenia [10]. Brak owej integracji widoczny jest w pełnym sprzeczności zachowaniu, skrajnych stanach emocjonalnych wskazujących na niestabilne przeżywanie siebie i innych. Utrzymywanie się rozszczepienia na „dobre” i „złe” wprowadza dziecko w silny lęk przed własną agresywnością i jej destrukcyjnymi możliwościami. Obawiając się swoich popędów utrzymuje ono tendencję projektowania „złego” na zewnątrz [21, 22]. Konsekwencją dominacji projekcji jest kształtowanie się obrazu świata jako zagrażającego, prześladowającego a tym samym wzmacnianie lęków dziecka. Utrzymuje się widzenia świata i siebie w perspektywie białoczarnej, relacje przebiegają zgodnie z dynamiką „od idealizacji do dewaluacji”, trudno o utrzymanie stabilnych więzi. Słabość wewnętrznych „dobrych” obiektów powoduje, że dziecko nie może przeżyć kontaktu z obiektem przeżywanym jako zupełnie „zły”, ponieważ wydaje się on za bardzo niszczący. Nie można w takiej sytuacji zintegrować doświadczenia i przeżywać obiektu ambiwalentnie, jako jednocześnie dobrego i złego. W konsekwencji relacja z obiektami tkwi pomiędzy dążeniem do obiektu idealnie dobrego i unikaniem obiektu idealnie złego, co oznacza utrzymywanie się pierwotnego rozszczepienia. Osoby z pogranicznym poziomem organizacji osobowości potrzebują stałego dopływu emocjonalnych zasobów: miłości, uwagi, uznania, jedzenia, kontaktów seksualnych lub ich substytutów w postaci substancji psychoaktywnych. Pozwala to na czasowe uchronienie się przed przeżyciem wewnętrznej pustki związanej z doświadczeniem braku dobrego, troskliwego obiektu wewnętrznego [15]. Doświadczenie tego braku powoduje chaos i panikę, odreagowanie w działaniu, dekompensacje psychiczne a przy słabszej organizacji osobowości może prowadzić do sporadycznych epizodów psychotycznych. Osoby z pograniczną patologią osobowości wydatkują dużo energii na próby uzyskania od ludzi odpowiednich zasobów i reakcji emocjonalnych. Oscylują od stanu poszukiwania dobrego obiektu do stanu (z)niszczenia obiektu. Utrata obiektu powoduje przeżycie pustki [15] a nawet doświadczenie pełnego chaosu i dezorientacji. Poczucie pustki po zdewaluowanym/zniszczonym obiekcie wewnętrznym przypomina przeżywanie depresyjne.

Podsumowując, brak integracji „dobrych” i „złych” obiektów wewnętrznych naraża na relację z obiektem naprzemiennie idealizowanym i dewaluowanym.

Wprowadza to w doświadczenie takich pacjentów cykliczne straty, zniszczenia, panikę, pustkę, samotność, następnie próby poszukiwania obiektu i jego rekonstrukcję. Masterson i Rinsley również koncentrowali się na zaburzonym procesie separacji i indywiduacji u osób z pogranicza [15]. Uważali, że niemożność uzyskania tych rozwojowych osiągnięć powoduje u dziecka „depresję porzucenia” (*abandonment depression*). Jeżeli dziecko przeżywa matkę jako całościowy obiekt, przypomina sobie wcześniejsze gratyfikacje, kiedy opiekun je frustruje i odwrotnie, frustracje w sytuacji gratyfikacji. Obiekt przeżywany jest jednocześnie jako wystarczająco „dobry” i w sposób możliwy do zniesienia „zły”. Zapewnia to stabilność relacji, ułatwia tolerancję oraz akceptację własnych i cudzych negatywnych emocji, niedoskonałości i życiowych trudności.

## PODSUMOWANIE

Depresja w ujęciu psychodynamicznym jest rozumiana jako stan braku lub utraty obiektu. W depresyjnym przeżywaniu pacjentów zazwyczaj nie widzimy obiektu, który jest przedmiotem straty, co jakościowo odróżnia ją od stanu żałoby, który jest procesem radzenia sobie z realną utratą. Osoby dotknięte depresją kierują wrogość i impulsy agresywne powstałe w odniesieniu do obiektu pierwotnego (bezpośrednio lub za pomocą obiektów przeniesienia), w kierunku samych siebie czyli własnego Ja. Powoduje to zakłócenie funkcji Ja przejawiające się zanikaniem pozytywnego afektu, narastaniem negatywnego oraz pojawieniem się depresyjnych fantazji o śmierci i zniszczeniu. W odróżnieniu od stanów psychotycznych, prześladowcze elementy przeżywania nie są projektowane na obiekty zewnętrzne, ale umieszczane w przestrzeni wewnątrzpsychicznej, co prowadzi do depresyjnego zaabsorbowania, wycofywania z kontaktów interpersonalnych, zmniejszenia aktywności i zainteresowań. Agresywne fantazje o destrukcji i niszczeniu zazwyczaj dotyczą Ja i w świadomym przeżywaniu prowadzą do utraty poczucia wartości, wiary w siebie a niekiedy pragnienia śmierci.

Chociaż w ujęciu objawowym stany depresyjne u osób z różnymi patologiami osobowości mogą wyglądać podobnie, są generowane przez różne jakościowo struktury psychiczne i odmienny poziom dojrzałości procesów psychologicznych. W przypadku osobowości zorganizowanej na poziomie neurotycznym zaburzenia depresyjne są odpowiedzią na lęk i agresywność narastające w wyniku wewnątrzpsychicz-

nego konfliktu. Zbyt sztywne i nieprzystosowawcze mechanizmy obronne mogą regularnie prowokować wewnętrzne utraty i depresyjną reakcję na nie. Przykładem może być osoba, która w pracy w sytuacjach wymagających rywalizacji intensywnie reaktywuje konflikt między tendencjami zależnościowymi a agresywno-rywalizacyjnymi. Stale rezygnując z niebezpiecznych zawodowych aktywności funkcjonuje w poczuciu wewnętrznej utraty – utraty poczucia własnej wartości, niesublimowaną agresywność kierując na siebie. W konsekwencji takiej nieprzystosowawczej sztywności osobowości może rozwinąć się zaburzenie depresyjne mimo zachowanej integracji tożsamości, przewadze dojrzałych mechanizmów obronnych i nienaruszonego testowania rzeczywistości.

W depresji pacjentów pogranicznych obraz chorobowy może być intensywniejszy, dramatyczniejszy a sam pacjent może stanowić zagrożenie dla samego siebie. W sytuacjach silnie lękowych dojrzałe mechanizmy obronne, takie jak wyparcie zawodzą, nie są już w stanie ochronić jednostki przed słabo zintegrowanymi wewnętrznymi treściami. Wrogość, nienawiść, nastawienia paranoiczne zaczynają funkcjonować w świadomości niszcząc „dobre obiekty” pacjenta, nasilają jeszcze lęk, prowokując dotkliwie poczucie pustki i straty. Osoba z pograniczną organizacją osobowości może kompensować sobie te obiektywne utraty (niszczenie wewnętrznych dobrych obiektów) nadużywaniem alkoholu, narkotyków, impulsywnym wchodzeniem w relacje seksualne. Takie zachowania umożliwiają jednocześnie odreagowanie agresywnych treści, które nie są już chronione przez dojrzałe mechanizmy obronne. Im głębsza patologia osobowości (niższy poziom pograniczny u Kernberga) tym słabiej zintegrowana agresja do obiektów wewnętrznych. Silniejsze rozdzielanie obiektów na całkiem dobre i całkiem złe wzmacnia lęk przed zniszczeniem pozytywnych obszarów doświadczenia a tym samym intensyfikuje przeżycie utraty obiektu i depresyjną odpowiedź na ową utratę.

Model patologii osobowości Kernberga jest ciągły, w konsekwencji czego podział na neurotyczny i pograniczny poziom organizacji osobowości nie jest kategoriyczny. Osoby, które zakończyły kryzys separacyjny rozwojowym sukcesem przyporządkowane są raczej neurotycznej organizacji osobowości, tam gdzie się to nie udało, organizacji pogranicznej, bądź przy braku granic Ja–inni, psychotycznej. Proces radzenia sobie z pierwotną utratą determinuje charakter zaburzeń depresyjnych, od naturalnych i rozwojowych depresyjności, po pustkę braku wewnętrznego, dobrego obiektu.



W obszarze oddziaływań psychoterapeutycznych diagnoza patologii osobowości jest podstawowa i nadrzędna przy leczeniu objawów depresyjnych. Od niej będzie zależeć rodzaj kontraktu terapeutycznego z pacjentem (częstość spotkań, kontakt telefoniczny poza sesjami itp.) a przede wszystkim proporcje między bardziej podtrzymującymi/wspierającymi a eksperymentalnymi/analizującymi sposobami pracy.

## PIŚMIENNICTWO

- Rybakowski J. Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2009. s.39-49.
- Skrzyński W. Zaburzenia psychiczne: wybrane zagadnienia psychologii klinicznej. Warszawa: Medium; 2004.
- Wciórka J. Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wrocław: Urban & Partner; 2008.
- Pużyński S, Wciórka J. red. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Kraków: Versalium; 2002.
- Kendler K, Kuhn J, Prescott C. The Interrelation Ship of Neuroticism, Sex, and Stressful Life Events in the Prediction of Episodes of Major Depression. *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 4.
- Clarkin J, Gabbard G, Fonagy P. Psychodynamic Psychotherapy for personality disorders. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing. 2010.
- Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing. 2007. s.5-26.
- Kernberg O. Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. London: Yale University Press. 1984.
- McWilliams N. Diagnoza Psychoanalityczna. Gdańsk: GWP; 2009.
- Kernberg O. The Inseparable Nature of Love and Aggression. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing. 2011.
- Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. red. Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Tom III. Gdańsk: GWP; 2000. s. 465-492.
- Freud S. „Ja” i „to”. W: Freud S. Psychologia nieświadomości. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2007.
- Mitchell S, Black M. Freud and beyond. A history of modern psychoanalytic Thought. New York: Basic Book; 1996; s.85-111.
- Jacobson E. The Self and the Object World. New York: International Universities Press. 1964.
- Gabbard G. Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010.
- Gościński J. Dwa modele psychopatologii i dwie strategie analityczne. W: Cierpiakowska L, Gościński J. red. Technika i relacja terapeutyczna we współczesnej psychoanalizie. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2010. s.19-32.
- Walewska K. Wstęp. W: Walewska K. Pawlik J. red. Depresja ujęcie psychoanalityczne. Warszawa: PWN; 1992. s.6-9.
- Freud Z. Żaloba a melancholia. W: Pośpieszył K. red. Zygmunta Freud: Człowiek i dzieło. Wrocław: Ossolineum; 1991. s.295-308.
- Hańbowski W. W cieniu zmarłego obiektu. Gdańsk: GWP; 2007; s.48-65.
- Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: GWP; 2005.
- Klein. M. Miłość, poczucie winy i reparacja. Gdańsk: GWP2007.
- Klein M. Zawieść i wdzięczność. Gdańsk: GWP; 2007.

*NNadeslano/Submitted: 7.05.2013. Zrecenzowano/Reviewed: 13.07.2013. Przyjęto/Accepted: 30.08.2013.*

*Adres/Address: mgr Katarzyna Poniatowska-Leszczyńska, Krakowskie Centrum Psychodynamiczne,  
ul. Żukowska 27, 60-456 Poznań, e-mail: k.poniatowska@op.pl*